

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
ANNÉE 1921-1922 - N° 87

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ARTHROPATHIES INDOLORES
TABÉTIFORMES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 27 janvier 1922

PAR

Pierre-Joseph-Edgard GAUTRET

Né à Jonzac (Charente-Inférieure), le 29 mars 1890

INTERNE DES HÔPITAUX, CROIX DE GUERRE

Examineurs de la Thèse	{	MM. VERGER, professeur.....	Président,
		MOUSSOUS, professeur.....	Juges.
		PETGES, agrégé.....	
		MICHELEAU, agrégé.....	

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD
3, Place de la Victoire, 3

1922

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922 - N° 87

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ARTHROPATHIES INDOLORES
TABÉTIFORMES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 27 janvier 1922

PAR

Pierre-Joseph-Edgard GAUTRET

Né à Jonzac (Charente-Inférieure), le 29 mars 1890

INTERNE DES HÔPITAUX, CROIX DE GUERRE



Examineurs de la Thèse

MM. VERGER, professeur.....	Président.
MOUSSOUS, professeur.....	Juges.
PETGES, agrégé.....	
MICHELEAU, agrégé.....	

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

MM.		MM.	
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
	CASSAET.	Clinique ophtalmologique...	LAGRANGE.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.	Clinique chirurgicale infan-	DENUCÉ.
	VILLAR.	tile et orthopédie.....	BÉGOUIN.
Pathologie et thérapeutique générales...	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	MOUSSOUS.
Clinique d'accouchements...	RIVIÈRE.	Clinique médicale des mala-	DENIGES.
Anatomie pathologique.....	SABRAZES.	ries des enfants.....	SIGALAS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Chimie biologique.....	LE DANTEC.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique...	W. DUBREUILH.
Physiologie.....	PACHON.	Pathologie exotique.....	POUSSON.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies cuta-	ABADIE.
Médecine légale.....	VERGER.	nées et syphilitiques.....	MOURE.
Physique biologique et clini-		ques des maladies des	BARTHE.
que d'électricité médicale.	BERGONIE.	voies urinaires.....	
Chimie.....	CHELLE.	Clinique psychiatrique.....	M. PRINCETEAU.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	
Pharmacie.....	DUPOUY.	Toxicologie.....	
Zoologie et parasitologie...	MANDOUL.		

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie et embryologie....	N...	Médecine générale.....	DUPÉRIÉ.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).		CREYX.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	MICHELEAU.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	PERRENS.
Parasitologie et sciences naturelles....	R. SIGALAS (chargé)		LANDE.
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.	Chirurgie générale.....	GUYOT.
Chimie biologique et médicale.....	N...		ROCHER.
	PETGES.	Obstétrique.....	DUVERGEY.
Médecine générale.....	CARLES.		PAPIN.
	MAURIAC.	Ophtalmologie.....	PERY.
	LEURET.	Pharmacie.....	FAUGÈRE.
			TEULIÈRES.
			LABAT.
			N...

CHARGÉS DE COURS :

Cours de clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELIER.
Cours complémentaire de Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.
Cours complémentaire chez l'adulte pour les accidentés du travail, les	
mutilés de guerre et les infirmes.....	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. - Prothèse et rééducation professionnelle	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME ET A MON FILS

A MA TANTE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRÈRES

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RIVIÈRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR H. VERGER

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

En témoignage de ma vive
reconnaissance.

INTRODUCTION

Arthropathies tabétiques et Rhumatismes chroniques.

A. — LE TYPE CLINIQUE DES ARTHROPATHIES TABÉTIQUES

Les articulations des tabétiques sont le siège d'affections nettement individualisées par un type clinique très spécial. Charcot en a fourni la première description en 1868, puis Ball et Boorneville en ont publié plusieurs cas (1869-70-71) et dès lors ces affections ont été rapidement connues de tous les cliniciens.

On ne saurait en effet trouver de peine à reconnaître ces genoux qui, sans motif ou à l'occasion d'un traumatisme léger, subissent brusquement un gonflement énorme gagnant toute la jambe, pendant que le malade n'accuse à peu près aucune souffrance ; la dislocation « invraisemblable » qui se manifeste rapidement, permettant d'imprimer à l'article les mouvements les plus anormaux sans provoquer de douleurs et comme à l'insu du malade, avec la même facilité que s'il s'agissait d'une « jambe de polichinelle », enfin les gros craquements qui accompagnent ces mouvements, comme si le genou avait été transformé en un « sac de noix ».

A la période d'état, souvent rapidement constituée (quelques jours ou quelques semaines), on se trouve donc en présence de signes physiques importants au milieu d'un silence fonctionnel complet, éveillant à première vue l'idée de tumeurs.

A l'inspection, la déformation est considérable et irrégulière, localisée à l'articulation ou à son voisinage, ne permettant plus de reconnaître les reliefs normaux de la région; l'attitude générale du membre, sa longueur, son axe, présentent des modifications faisant présager que les surfaces articulaires ont perdu leurs rapports normaux. Au niveau de la déformation, la peau reste blanche et lisse, laissant voir par transparence un réseau veineux plus développé que normalement. On observe parfois des ecchymoses tardives à distance. La palpation montre l'existence d'un épanchement dans la synoviale; les repères classiques de l'article ne se retrouvent plus. La pression ne décèle pas de point douloureux osseux. Les extrémités osseuses sont augmentées de volume dans leur ensemble avec une surface régulière ou bosselée, parfois accompagnées de productions indépendantes d'une consistance osseuse dans les muscles et les tendons avoisinants. (C'est ce que l'on observe habituellement au genou et au coude; beaucoup plus rarement à l'épaule et à la hanche).

Cette symptomatologie physique paraît donc surtout conditionnée par des lésions osseuses.

B. — CARACTÈRES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

LÉSIONS OSSEUSES

A l'ouverture de l'articulation on se trouve en présence de déformations rappelant celles du rhumatisme chronique noueux ou de l'arthrite sèche (Ràtheryin, Debove et Achard : *Maladies de la nutrition*, p. 147, 1912). L'épanchement très fréquent est franchement hématique, jaune rougeâtre ou visqueux; il paraît avoir été primitivement sanguin (Brisaud, Leçons de la Salp., 1893-94. — Morestin-Barré, Th. de Paris, 1912).

Les lésions osseuses se présentent suivant deux types :

1^o Le type hypertrophique qui présente tous les caractères de la forme habituelle du rhumatisme noueux sous sa

forme extrême ; ce sont les mêmes exostoses, ecchon-droses, ostéophytes, venus des points de réflexion de la synoviale ou de ses franges avec des corps étrangers articulaires, une synoviale épaissie, parfois perforée, pouvant présenter des masses pédiculées et des franges hypertrophiées. (De ces franges naissent des ostéophytes susceptibles de se pédiculiser et de s'isoler [Barré]). Dans les deux cas le cartilage est détruit après dissociation velvétique, il y a des luxations variables de forme avec création de nouvelles surfaces articulaires ; tous les tissus périarticulaires sont intéressés. Des plaques osseuses dans les tendons et les muscles peuvent se rencontrer dans le rhumatisme chronique comme dans l'arthropathie des tabétiques (Broca).

2^o Le type atrophique, caractérisé par la destruction d'une partie des surfaces articulaires avec productions de fractures et de luxations. Cette destruction peut aller jusqu'à la disparition complète d'une épiphyse ou la perforation d'un cotyle. Quand le processus atrophique atteint une pareille intensité, il constitue un aspect spécial de l'arthropathie des tabétiques.

Mais les phénomènes de résorption osseuse s'observent aussi dans les rhumatismes chroniques. Alors que le cartilage de revêtement n'est pas détruit, on peut y trouver, dans le tissu osseux des épiphyses, de la surcharge adipeuse avec aspect gélatineux de la moelle, résorption des trabécules osseuses et pseudokystes, prédisposant l'os aux affaissements, inflexions, etc. (Rathery).

Ce sont des altérations de même ordre qui ont été observées dans la période préparatoire, latente, précédant le début clinique des arthropathies chez les tabétiques (Arthropathisation de Jürgens). En second lieu, la destruction proprement dite des extrémités osseuses peut se retrouver dans les rhumatismes sous forme d'usure des surfaces articulaires chez les vieux rhumatisants (Cornil), de rongement de surfaces articulaires (Pavlidès) ; il y a en outre un type destructif du rhumatisme chronique pro-

gressif et déformant. « A la radiographie, on y voit à l'extrémité des têtes phalangiennes de petites encoches déformant la tête osseuse, puis les déformations s'accusent, une partie de la tête osseuse est rongée; le tiers, le quart et l'extrémité de l'os apparaissent profondément modifiés et réduits; enfin dans un troisième stade surviennent les luxations, fractures, ankyloses » (Debove et Achard : *Malad. de la Nutr.*, p. 111).

En résumé, entre le rhumatisme chronique et l'arthropathie tabétiforme, on peut constater des différences dans l'intensité des lésions, mais non dans leur nature.

C. — L'INDOLENCE DES ARTHROPATHIES TABÉTIFORMES

Par contre la clinique établit une distinction marquée entre les deux affections. Les déformations du rhumatisme chronique sont accompagnées de limitation des mouvements et de douleurs, celles de l'arthropathie tabétiforme de dislocation et d'indolence. L'existence de troubles fonctionnels, en dehors de toute modification apparente dans la forme de l'articulation, est même un des signes particuliers de l'arthrite sèche; le contraste entre de grosses déformations osseuses et une indolence absolue est la caractéristique essentielle de l'arthropathie tabétiforme.

CHAPITRE PREMIER

Historique de la conception des Arthropathies tabétiques.

A. — LES OPINIONS ANCIENNES

Cette affection, ainsi nettement dégagée par ses caractères cliniques du groupe confus des rhumatismes chroniques, a donné lieu à de nombreux travaux relatifs à son interprétation pathogénique.

Deux tendances s'y manifestent : les uns, ne voulant retenir que les ressemblances anatomo-pathologiques des deux affections, se refusent à leur attribuer des causes différentes ; les autres, ne tenant compte que des facteurs cliniques et étiologiques, considèrent l'arthropathie des tabétiques comme un trouble trophique d'origine nerveuse, créé par le tabès.

Lors des premières descriptions de Charcot la première tendance commença par triompher en Angleterre : Pour Macnamara, Broadbent, Baker, James Paget, Ord, l'affection de Charcot (Charcot's disease) n'est qu'une arthrite déformante plus ou moins modifiée par le tabès. C'est aussi l'opinion de Virchow. Pour Strümpell, il s'agit d'une localisation articulaire tardive de la syphilis ; pour Volkmann et Rotter, d'une arthrite traumatique favorisée par l'analgésie et l'ataxie.

Giovanni (de Padoue) pense que l'arthrite sèche et l'arthropathie tabétique relèvent l'une et l'autre d'une cause

nerveuse, car l'arthrite sèche est associée à des troubles trophiques, moteurs et sensitifs : Les différences cliniques résulteraient de la variété de lésion nerveuse. J. Mitchell (1831) avait déjà insisté, sur l'importance des lésions nerveuses dans le rhumatisme chronique et les ressemblances entre arthropathies rhumatismales et nerveuses.

En France, selon Verneuil, il s'agissait d'un réveil de diathèse dû à l'ataxie.

B. — LES IDÉES DE CHARCOT

Charcot a fait triompher la deuxième tendance et la plupart des auteurs cherchèrent ensuite à confirmer sa doctrine. Il n'envisage pas l'arthropathie tabétique comme un simple syndrome articulaire, mais comme une véritable entité morbide : Sa cause déterminante est le tabès, c'est une arthropathie de cause spinale, un trouble trophique d'origine nerveuse.

A ces caractères cliniques spéciaux se joignent des rapports étroits avec le tabès : Sa fréquence est de 10 %. Elle apparaît à une époque déterminée de la maladie. Avec Ball et Vulpian, Charcot fait appartenir ce début à la période préataxique ou à une période intermédiaire à celle-ci et à l'ataxie.

Brissaud a soutenu qu'elle était le plus souvent en rapport avec des troubles de la sensibilité dans le membre atteint et spécialement avec les douleurs fulgurantes. Arnoz a signalé des cas où ces douleurs, très violentes avant l'arthropathie, cessaient avec l'apparition de celle-ci. Trem-powski (*Die ztschft für nervenheilkunde*, 1897) soutient que les douleurs n'existent que dans la moitié des cas ; mais Nogue attribue leur absence dans les observations à des insuffisances d'interrogatoire, les douleurs pouvant être très atténuées, mais la sensibilité générale étant en réalité toujours troublée. Les partisans de la théorie nerveuse ont donc

généralement envisagé l'affection comme le fait des tabès sensitifs.

Mais Charcot rejetait de ce cadre la forme hypertrophique dont les lésions rappellent trop bien celle des rhumatismes chroniques; il pensait que la forme atrophique seule était créée par la maladie spinale, car on ne retrouve nulle part une usure aussi intense et rapide des extrémités osseuses « qui semblent à dessein usées par un frottement prolongé sur une pierre dure ou à l'aide d'une lime ». Il admettait l'existence de formes mixtes, résultant d'un mariage entre l'arthrite et le tabès ». Cornil, Babinski (*Société anatomique de Paris*, 1887), partageaient cette opinion.

Enfin, Charcot chercha à rattacher l'affection à une lésion nerveuse distincte et constante chez les tabétiques atteints d'arthropathies. Il fit ses recherches dans la substance grise médullaire et trouva dans deux cas, au niveau du groupe externe des cornes antérieures de la moelle, et du même côté que l'arthropathie, d'importantes altérations cellulaires. Il fut contredit par un grand nombre de cas négatifs (Pitres et Vaillard, Pitres et Carrière : dix-sept cas d'arthropathies et trois fractures spontanées avec cornes antérieures intactes); plus récemment, ces lésions ont cependant été retrouvées par Etienne et Champy (*Encéphale*, mai 1908). Plus tard Charcot admit l'existence d'un centre hypothétique dans les faisceaux postérieurs de la moelle. D'autres (Lemaire, Th. de Nancy, 1901) se basant sur les altérations primitives profondes du grand sympathique dans le tabès (Roux) optèrent pour les centres médullaires sympathiques dans la substance grise centro-postérieure.

Buzzard, croyant à la coexistence fréquente des crises gastriques et des arthropathies pensait à un centre articulaire situé dans le Bulbe.

De nombreux auteurs cherchèrent la lésion causale dans les nerfs périphériques. Pitres et Vaillard, Pitres et Carrière, Abadie, Verger et Garnier de Cardinal, ont publié des cas d'altérations des nerfs correspondants.

Brissaud et Marinesco, interprétant la fréquence de l'association des troubles nerveux sensitifs aux arthropathies ont fourni une explication physiopathologique : il y aurait arthropathie parce que les centres spinaux de réaction nutritive ne reçoivent plus la même incitation périphérique à cause de l'altération des nerfs sensitifs.

Des arthropathies tabétiformes observées au cours d'une autre maladie médullaire, la syringomyélie, vinrent donner une nouvelle force aux idées de Charcot. L'arthropathie tabétique souvent bilatérale et prédominante aux membres inférieurs s'oppose en effet à l'arthropathie syringomyélique, unilatérale et prédominante aux membres supérieurs : l'une étant liée à une lésion systématisée, bilatérale, des cordons postérieurs, l'autre au développement asymétrique d'un gliome siégeant électivement dans la région cervicale de la moelle.

La découverte de Charcot avait eu pour résultat de mettre dans une classe à part les affections articulaires paraissant dépendre directement de l'influence du système nerveux ; aussi la théorie physiologique du rôle trophique du système nerveux s'était fortement appuyée sur les arthropathies tabétiques pour démontrer l'existence de ce rôle. On pensait donc que leur étude pathogénique permettrait de déterminer les organes qui président à cette fonction ; c'est pourquoi la question a donné lieu à de si nombreux travaux ; mais le but recherché n'a pas été atteint et la pathogénie exacte de l'arthropathie des tabétiques n'est pas plus avancée qu'il y a cinquante ans, du temps de Charcot.

C. — LA NOUVELLE OPINION DE BABINSKI ET DE BARRE

Bien que le mécanisme physiopathologique de l'affection demeurât obscur, l'observation clinique continuait à imposer aux neurologistes le dogme de Charcot, et personne ne doutait des rapports étroits qui unissent le Charcot's disease et la maladie de Duchenne, de Boulogne.

Cependant, en 1905, Guillaïn et Hamel publiant un cas où l'arthropathie s'associait au seul signe d'Argyll Robertson, pensaient qu'il s'agissait d'une arthrite syphilitique.

En 1906-1907, Gangolphe présentait des malades chez lesquels l'arthropathie avait devancé de plusieurs années tout autre signe de tabès. Destot, Trömner et Preisser (1908), signalaient des cas de même ordre. Un nouveau type clinique tendait à se constituer : On commençait à connaître des cas de plus en plus nombreux d'arthropathies tabétiques classiques chez des malades n'ayant que de rares et légers signes de tabès.

En présence de l'un d'entre eux, présenté à la Société de Neurologie du 6 mai 1909, Babinski déclara qu'il était difficile de rattacher l'affection articulaire à des lésions nerveuses de tabès hypothétiques ou très discrètes, qu'il s'agissait peut-être d'une arthrite syphilitique, et qu'en tout cas les rapports de l'arthropathie et du tabès devaient être remis à l'étude.

A la suite de cette déclaration, plusieurs cas d'arthropathies tabétiques chez des malades cliniquement non tabétiques furent bientôt publiés : Ce sont ceux de Barré (*Soc. de Neurolog.*, 10 nov. 1910), de Barré et Flandin (*Rev. Neurolog.*, 1910), de Mauclaire et Barré (*Rev. Neurolog.*, 30 décembre 1911); enfin Barré (*Thèse de Paris*, 1912), réunissant, dans un travail d'ensemble, neuf cas d'arthropathies tabétiques, de fractures spontanées et de maux perforants chez des syphilitiques sans aucun symptôme nerveux, a pensé que l'arthropathie des tabétiques est un trouble trophique d'origine circulatoire, dû en particulier à l'endarterite des vaisseaux nourriciers de l'os.

Lemierre, Léon Kindberg et Deschamps (*Gaz. des Hôp.*, 19 et 21 juillet 1921), décrivant la forme douloureuse de l'affection sous le nom d'arthropathie tabétique aiguë inflammatoire, ont montré qu'elle se présentait à son début comme une arthrite infectieuse aiguë, dont l'agent pourrait être le tréponème.

Enfin l'influence heureuse du traitement spécifique, au début des arthropathies tabétiques, a été signalée dans des cas exceptionnels par Thomas et Barré (*Rev. Neurolog.*, 1912, p. 522), Etienne et Perrin, de Nancy (*Presse Méd.* n° 81, 11 octobre 1911), Ménétrier (*Société Médicale des hôpitaux*, 8 juillet 1921 (1)).

(1) in Lemierre Léon, Kindberg et Deschamps, *Gazette des hôpitaux*, 1921, p. 901.

CHAPITRE II

Les acquisitions nouvelles.

A. — LA PÉRIODE D'APPARITION

Charcot avait déjà présenté certains malades « entrés dans le tabès par l'arthropathie » (1) et Ball avait distingué des arthropathies précoces et tardives.

La statistique de Kredel, sur 137 cas, a montré :

21 apparus à la période prodromique ;

38 de la première à la cinquième année ;

32 de la cinquième à la dixième année ;

46 après la dixième année.

Le début appartient donc en réalité à toutes les périodes du tabès.

Il est assez souvent très précoce, soit qu'il s'associe seulement à quelques troubles subjectifs tels que les crises douloureuses ou les troubles de la miction et de l'érection, soit qu'il constitue le signe révélateur de la maladie, à l'occasion duquel l'examen découvre des signes objectifs tels que la pupille d'Argyll Robertson, le signe de Westphal et les troubles de sensibilité profonde.

Des cas de cette nature ont été publiés fréquemment depuis quelques années. Ce sont ceux de :

Boyer (1884) ; de Grandmaison (1896) ; Pianteri, de Naples (1901) ; Abadie, de Bordeaux (1902) ; Roasenda, de Turin

(1) Nouvelle iconographie de la Salpêtrière in Szumlauský, *Thèse de Paris*.

(1902); Brell, de Bucarest (1903); Hartwell, de New-York (1906); Brumenthal, de Bonn (1906); Martens (1907); Le Play et Ségary (1908) (*in*-thèse Barré); Guillain et Hamel (1905) (1); Claude et Touchard (1906) (2); Achard et Foix (1908-09) (3).

Mais il y a des cas plus remarquables dans lesquels l'arthropathie a même devancé la réalisation de tout stigmate tabétique. Ce sont les tabès à début ostéo-articulaire, signalés par Gangolphe (4), puis par Destot, Trömner et Preisser (1908), Maignou (1911), dans lesquels les premiers signes du tabès ne sont apparus que six mois, un an, voire même trois ans plus tard.

L'arthropathie n'est d'ailleurs pas le seul trouble trophique tabétiforme qui puisse devancer l'apparition du tabès. On connaît les cas d'Oulmont et Gilbert (Double fracture spontanée du calcanéum à l'insertion des tendons d'Achille : *Soc. de Neurologie*, mars 1907), de Grenier de Cardenal (chute de toutes les dents supérieures en six mois avec atrophie du rebord alvéolaire et perforation du sinus : *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1905), de Touche (double fracture des fémurs et de la crête iliaque : *Lyon Médical*, 1904), de Sicard (Maux perforants plantaires. *Revue de Neurologie*, novembre 1910).

B. — LA FORME DOULOUREUSE

L'indolence invraisemblable, caractère fondamental du syndrome, a paru par la suite moins absolue.

Charcot avait lui-même signalé un cas où la jointure avait été, à l'origine, rouge et légèrement douloureuse. Dans la plupart des traités on signale, sans préciser, l'existence

(1) *Revue Neurologique*, 1905, page 774.

(2) *Revue Neurologique*, 1906, page 583.

(3) *Revue Neurologique*, 1909, pages 643 et 787.

(4) *Lyon Médical*, 1906-07.

possible de quelques douleurs dans certaines arthropathies tabétiques à début aigu.

Barré s'est attaché à montrer que cette indolence avait été exagérée et il a décrit des douleurs de différents types analogues à celles que l'on trouve dans le rhumatisme articulaire, le rhumatisme chronique déformant, les arthrites infectieuses.

Il y a d'abord les douleurs fulgurantes qui précèdent ou accompagnent l'arthropathie ; elles ne se différencient pas toujours nettement des crises douloureuses dans la continuité des membres signalés par Teissier au début du rhumatisme chronique déformant. Beaucoup plus rarement on observe des points douloureux osseux, avec exagération par la pression ; analogues à ceux des arthrites tuberculeuses, et dans des cas où les inoculations au cobaye et l'aspect nécropsique démentent le rôle du bacille de Koch (Thèse de Barré, page 73). Plus souvent on signale des sensations de brûlure locale, de type inflammatoire ; enfin des douleurs extrêmement vives, atroces, accompagnant le début des troubles articulaires, parfois localisées à l'article, continues avec des paroxysmes, et faisant penser à un rhumatisme blennorragique.

Ce dernier type correspond à l'arthropathie tabétique aiguë inflammatoire ou pseudo-phlegmoneuse, récemment décrite par Lemierre, Léon Kindberg et Deschamps. Le début est brusque et marqué par des douleurs avec tuméfaction inflammatoire généralement accompagnées de fièvre. Les douleurs sont extrêmement intenses. Le malade de Lemierre a eu subitement l'impression « qu'on lui enfonçait une lame de sabre dans la jambe » ; un malade de Barré a comparé la sensation qu'il a soudain ressentie, à celle « d'une vrille qui pénétrait dans son genou ». Les malades de Fort ont présenté des douleurs très vives, exaspérées par les mouvements et par la pression. Charcot, Ball, Raymond, Zöppritz ont publié des cas analogues. Ces douleurs durent

quelques heures ou quelques jours et une période d'indolence complète leur fait suite.

La tuméfaction inflammatoire, qui accompagne ou suit de près les douleurs, est une infiltration énorme de tout le membre, comme dans la forme commune, mais avec une coloration rose ou rouge des téguments et une sensation de chaleur locale : c'est l'aspect d'un phlegmon ou d'une arthrite infectieuse aiguë ; mais les maladies infectieuses récentes manquent dans les antécédents ; il n'y a pas de traînées lymphangitiques, pas d'adénopathie proportionnée aux symptômes inflammatoires observés ; la suppuration est généralement absente, elle appartient surtout aux arthropathies fistulisées, secondairement infectées (arthrites trophosuppurées de Chipault) ; quand elle existe (1 cas de Fort) le liquide purulent est stérile, il en est de même des liquides louches recueillis par Barré.

La fièvre peut monter d'emblée à 39°, 40°, céder rapidement en quelques heures ou quelques jours, ou persister jusqu'à la mort.

Ces phénomènes inflammatoires locaux disparaissent en général rapidement, laissant une articulation indolente, disloquée, avec de gros craquements, qui témoignent d'altérations profondes des extrémités articulaires. Mais la fièvre peut persister avec un état général infectieux grave aboutissant rapidement à la mort.

Il y a donc des arthropathies tabéiformes qui débutent absolument comme des arthrites infectieuses aiguës (Crespin). Comme elles sont cliniquement primitives et que le liquide d'épanchement est stérile, on peut penser que l'infection en cause est la syphilis.

Barré a trouvé des altérations vasculaires de cachet syphilitique, intéressant les vaisseaux nourriciers de l'os. Lemierre, Léon Kindberg et Deschamps ont décrit dans la forme pseudo-phlegmoneuse des lésions inflammatoires subaiguës avec nécroses étendues et infiltration périvasculaire à plasmazellen, dans lesquelles ils croient reconnaître

l'action de la syphilis. Mais les gommes nettement constituées et le tréponème n'ayant jamais été rencontrés la question demeure en suspens.

C. — LES RAPPORTS AVEC LE TABÈS

La fréquence des arthropathies tabétiques est moins grande que ne l'avait pensé Charcot : La statistique d'Erb-Pierre Marie montre que 4 % seulement des tabétiques font des arthropathies ; il y a donc beaucoup de tabès grave sans arthropathies.

Peut-on dire qu'il y a des arthropathies sans tabès comme le veut Babinski ?

Nous ferons d'abord remarquer que le tabès ne remplit pas à lui seul tout le cadre étiologique des arthropathies tabétiques.

a) Celles-ci se rencontrent aussi dans la syringomyélie. Bien que leur fréquence relative y soit plus grande (10 % d'après Sokoloff, 30 % d'après Schlesinger), elles sont beaucoup plus rarement observées sous cette forme étiologique, parce que la syringomyélie est moins commune que le tabès.

Leur distribution ne présente pas de rapports avec les troubles sensitifs et elles peuvent aussi apparaître à une période quelconque de la maladie dont elles constituent même parfois un mode de début (Hitoff), Barré et Flandin, dans une observation que nous reproduisons plus loin, signalent une arthropathie isolée de tout symptôme nerveux, dans laquelle la dissociation de la sensibilité n'a pu être mise nettement en évidence par l'examen clinique ; mais un doute persiste néanmoins devant les traces d'une brûlure que subit le malade à son insu, en plaçant son bras au-dessus d'une cuve de chaux vive. De même, dans notre Observation II, où il s'agit d'arthropathies isolées du pouce, sans troubles sensitifs, mais accompagnées d'une atrophie marquée des éminences thénars, l'hypothèse d'une syringomyélie ne peut être écartée avec certitude.

b) L'arthropathie tabétiforme a aussi été signalée une fois chez un paralytique général non tabétique : C'est le cas d'Etienne et Perrin, où l'absence de tabès a été confirmée par le contrôle anatomique.

OBSERVATION (RÉSUMÉE) (1)

Homme de quarante ans, niant la vérole, mais présentant sur le frein une cicatrice blanche.

Présente une affection articulaire du genou qui a débuté trois ans auparavant par une hydarthrose.

Le genou droit est tuméfié avec subluxation : Raccourcissement du membre et déviation de la jambe en dehors.

A la palpation, on perçoit un épaissement des condyles et du plateau tibial avec masses osseuses abondantes englobant les extrémités articulaires. Aucune douleur.

A la radiographie apparaît une exostose volumineuse au niveau de la portion inféro interne du fémur, un épaissement du plateau tibial et des calcifications des ligaments et de la capsule.

Les réflexes rotuliens sont exagérés, avec tendance à la contracture à droite; les réflexes crémastérien et abdominaux sont nets; clonus épileptoïde du pied et Babinski évidents. *Au membre supérieur les réflexes sont également exagérés*, avec tendance à la contracture à droite. Les sensibilités paraissent intactes. Il ne paraît pas y avoir de douleurs fulgurantes. Le malade peut se tenir debout et marcher avec appui.

L'état mental, affaibli, devient peu à peu une véritable démence. Inégalité pupillaire, mydriase droite; la pupille gauche est excentrique, oblique ovalaire. La langue est tramblotante, la parole hésitante.

Le malade meurt dans une asile d'aliénés, sans avoir jamais présenté aucun signe de tabès.

L'examen de la moelle a vérifié l'absence de toute lésion du tabès.

Cette observation, demeurée unique, et la notion classique des arthropathies syringomyéliques étant mises à part, nous

(1) N^{lle} *Iconogr. de la Salp.*, 1906, p. 276.

rangerons en trois catégories les cas qui ont été versés au débat institué par Babinski :

I. — On connaît de nombreuses arthropathies associées à des signes fonctionnels ou à des stigmates tabétiques plus ou moins isolés, mais paraissant insuffisants pour caractériser un tabès : Ce sont celles que nous avons cru devoir qualifier d'arthropathies précoces et à propos desquelles Babinski émit sa nouvelle opinion.

L'appréciation exacte de leur valeur, en l'absence de la notion d'évolution, ne saurait se fonder que sur une délimitation clinique précise du tabès au début. Cette question a fait l'objet d'une séance spéciale à la Société de Neurologie le 14 décembre 1911 ; la valeur de chacun des signes de la maladie y a été discutée et les conclusions furent :

1^o Qu'il n'y avait pas de signes pathognomoniques du tabès.

2^o Qu'on ne pouvait donner une réponse précise quant au syndrome minimum nécessaire pour affirmer le tabès.

Dans l'interprétation des cas que nous avons en vue, nous nous appuyerons sur le schéma sémiologique fourni par M. le Professeur Abadie. Ce schéma, basé sur des statistiques cliniques, est constitué par un ensemble de signes nettement caractérisés, et dont la précocité, la fréquence, la persistance et la valeur sémiologique sont particulièrement évidentes. Ces symptômes appartiennent à la fois aux cas de tabès classique aux différentes périodes, aux cas de tabès vrai au début et aussi aux cas de tabès frustes certifiés par le contrôle anatomique ; ils se divisent en trois groupes :

A) Des symptômes fonctionnels ou de présomption :

1^o Phénomènes douloureux ou paresthésiques présentant les caractères de la douleur tabétique.

2^o Troubles de la miction.

3^o Troubles de l'érection.

B) Des symptômes physiques ou signes révélateurs ou stigmates du tabès :

1^o Le signe d'Argyll Robertson.

2^o Les troubles des réflexes achilléens (abolition précoce : Babinski).

3^o Les troubles des réflexes rotuliens (Westphal).

4^o Les troubles des sensibilités viscérales profondes (Pitres).

5^o Les troubles de la sensibilité des organes profonds (en particulier à la percussion des tibias, à la distorsion des articulations et au pincement du tendon d'Achille (Abadie).

c) Un symptôme cytologique ou signe de contrôle anatomo-pathologique : la lymphocytose céphalo-rachidienne.

Les stigmates permettent d'affirmer ou de soupçonner le tabès même en dehors de tout symptôme fonctionnel et de toute recherche cytologique : Le schéma peut être réduit en pratique à la triade symptomatique : Argyll, Westphal, Babinski, Pitres.

L'existence d'un ou plusieurs groupes de stigmates doit faire soupçonner le tabès ; elle peut permettre de l'affirmer si le contrôle cytologique est positif.

Une réserve d'ordre général s'impose cependant : Il convient de séparer du tabès les méningites et radiculo-méningites syphilitiques, capables de se manifester sous forme de pseudo tabès radiculaire aigu. C'est l'épreuve du traitement spécifique qui permettra la distinction en montrant dans ces cas la curabilité complète de la maladie.

Chez un des malades d'Achard et Foix (*Rev Neurolog.*, 1909, page 643), l'arthropathie est associée à une abolition des réflexes achilléens avec lymphocytose céphalo-rachidienne confluyente ; chez un autre (*Rev. Neurolog.* 1909, p. 787), à une abolition des réflexes rotuliens et achilléens avec douleurs fulgurantes, sans lymphocytose céphalo-rachidienne. Est-il permis d'après les données actuelles de considérer ces malades comme des tabétiques ?

La lymphocytose céphalo-rachidienne, n'est qu'un signe d'irritation chronique des méninges et s'observe en particulier dans les radiculites; mais on doit retenir qu'elle ne manque que dans 5 % des cas de tabès au début (Abadie). Chez le premier malade d'Achard et Foix, elle coexiste avec l'abolition des réflexes achilléens dont Babinski a montré la précocité alors que les rotuliens sont conservés: l'arthropathie paraît y avoir révélé l'existence d'un tabès fruste. Il en est de même dans le cas de Massary et Vallery-Radot (1).

Arthropathie + Argyll et lymphocytose céphalo-rachidienne.

Dans le deuxième cas d'Achard et Foix, au groupe Westphal-Babinski viennent s'adjoindre les douleurs fulgurantes, qui existent dans 90 % des tabès frustes (Abadie), mais la lymphocytose céphalo-rachidienne manque et le diagnostic de tabès ne peut être affirmé. Dans le cas de Guillain et Hamel (*Rev. Neurolog.*, 1905, page 774), l'arthropathie est associée au seul signe d'Argyll Robertson. Ce signe, dont la fréquence au cours des tabès frustes est de 65 à 70 % (Abadie) n'a que la signification (d'après Babinski) de l'existence d'une syphilis cérébro-spinale. Sa valeur, en tant que symptôme isolé, se trouve notablement réduite par le fait qu'il appartient à la symptomatologie de la paralysie générale et qu'on l'a signalé dans la sclérose en plaques, la syringomyélie, les affections de la protubérance, la névrite interstitielle hypertrophique de Déjerine, la méningite cérébro-spinale et les traumatismes crâniens (Cantonnet). On ne peut donc parler de tabès dans cette observation et l'on doit se contenter de réserver le diagnostic et d'attendre l'évolution.

Chez tous ces malades d'ailleurs, l'absence du syndrome de Pitres qui, selon Grasset, est la manifestation clinique essentielle de la maladie permet toujours de douter de l'existence d'un tabès déjà constitué. Pour ces cas aujour-

(1) *Revue Neurologique*, 1911, page 723.

d'hui nombreux, on peut donc dire qu'il y a arthropathie sans tabès, mais que celle-là, comme l'Argyll et le Westphal-Babinski, a la valeur d'un signe prémonitoire; c'est l'opinion de Déjerine, de Sicard, de Pierre Marie (*Revue Neurologique*, 1910, p. 534).

II. — La deuxième catégorie renferme des cas paraissant exceptionnels, dans lesquels des déformations articulaires ou des fractures spontanées indolores ont été observées à une période où la symptomatologie tabétique était entièrement négative : ce sont les véritables arthropathies prétabétiques, mises en évidence par l'école lyonnaise surtout, avec Gangolphe, Destot, Stéfani.

A) Gangolphe (*Soc. de Chir. de Lyon*, 1^{er} mars 1906) a publié cinq cas d'ostéo-arthropathies tabétiformes chez des sujets n'ayant aucun signe de tabès, et chez qui les premiers signes de la lésion médullaire n'ont été réalisés qu'ultérieurement. Le 14 avril 1907, il présentait à la Société de Chirurgie de Lyon l'observation suivante :

OBSERVATION (RÉSUMÉE) (1)

Tabès ostéo-articulaire. — Fractures spontanées multiples. — Pieds tabétiques. — Absence presque complète d'autres signes.

Femme de cinquante-quatre ans, entrée au service de Gangolphe le 12 août 1907, pour fracture de jambe.

Dans ses antécédents on relève trois avortements.

Première fracture : le 1^{er} juin 1905, survenue sans traumatisme, pendant qu'elle marchait dans la rue; siégeant à l'extrémité supérieure du tibia gauche, accompagnée de gonflement avec indolence complète. Consolidée en cinquante jours avec cal exubérant gênant la marche.

(1) *Lyon Médical*, 1907, page 1008.

Deuxième fracture : le 27 novembre 1905, survenue dans des conditions analogues, indolore et intéressant les deux os de la jambe à 7 centimètres des malléoles. Consolidation en cinquante jours, cal exubérant.

Au cours de ce traitement, à l'hôpital, apparurent spontanément des déformations des deux pieds (le droit d'abord) qui se constituèrent en huit jours. Comme elles étaient du type tabétique, la recherche des symptômes nerveux fut pratiquée, mais demeura entièrement négative. La malade quitta l'hôpital le 1^{er} mai 1906, marchant avec des béquilles.

Troisième fracture : le 9 août 1907. Le lendemain d'une chute légère, la malade présente de l'œdème de la jambe et s'apercevant que celle-ci s'incurvait quand elle la posait à terre, elle comprit qu'elle était cassée. A l'hôpital où l'on reconnut une fracture de l'extrémité supérieure du tibia à trois travers de doigts de l'interligne articulaire, un plâtre fut appliqué.

Le 16 octobre 1907, au moment où la malade est présentée, elle éprouve depuis plusieurs mois des « tiraillements rapides » dans la jambe gauche et depuis huit jours dans la droite. On note une inégalité pupillaire nette : la droite plus grande que la gauche, et une ébauche du signe d'Argyll Robertson : simple paresse du réflexe à la lumière.

En résumé, les arthropathies et les deux premières fractures spontanées ont précédé de deux ans environ l'apparition des douleurs du type fulgurant. En outre, au bout de ce temps, l'inégalité pupillaire est le seul signe physique observé.

B) Destot (*Soc. de Chir. de Lyon*, 1^{er} mars 1906) (1) a aussi signalé des fractures sans douleurs, s'accompagnant de réactions considérables dans les parties molles, précédant pendant de longues années les premiers symptômes du tabès. Il a dit avoir aussi observé des effondrements indolores du squelette articulaire avec ossification parostale, sans symptômes de tabès.

(1) *Lyon Médical*, 1907, page 1012.

c) Tixier (*Soc. de Chir. de Lyon*, mars 1906) (1) a cité le cas d'un homme de trente ans qui, à la suite d'un choc présenta une hydarthrose du genou, laquelle ne disparut que lentement. Quelques temps après, des signes du tabès apparurent et une arthropathie tabétique typique se développa.

d) Trömner et Preissier (*Mitt. a. d. grenz. d. Méd. u. Chir.* 1908, B. d. KVIII, h. 5) (2) ont présenté un malade chez lequel, à l'occasion d'un trauma léger du pied, la radiographie montra un écrasement de l'astragale, du scaphoïde, des deux premiers cunéiformes et de la base du premier métatarsien; à ce moment on ne put déceler aucun signe de tabès, mais ils apparurent un an plus tard.

e) Maignou (Thèse de Paris, 1911) a rapporté l'observation suivante :

Homme de trente-six ans, entré le 19 novembre 1910 à l'hôpital de la Charité, service du Professeur Duret, pour tuméfaction énorme du pied.

Il présente une cicatrice sur la muqueuse balanique, consécutive à une écorchure survenue à l'âge de dix-huit ans et non suivie d'accidents secondaires.

En 1905 apparition d'un durillon plantaire à la racine du troisième orteil, suivie d'inflammation et de suppuration persistante.

En 1907, amputation du troisième orteil et guérison rapide.

Trois semaines plus tard le cheville droite commence à s'hypertrophier. Toutes ces manifestations ont été indolores.

La tuméfaction du cou-de-pied augmentant, le malade rentre à l'hôpital en mai 1907. A ce moment les malléoles sont seules atteintes et la jambe est normale. Un appareil plâtré est appliqué et laissé en place trois mois, après lesquels on ne constate pas d'amélioration.

(1) *Lyon Médical*, 1907, page 1012.

(2) In thèse de Batievsky.

Le 9 juillet 1908, arthrotomie du cou-de-pied pour corps étrangers articulaires.

Le 13 mai 1909, le malade quitte l'hôpital, non guéri, et depuis cette époque la tuméfaction a augmenté et a gagné toute la jambe.

L'examen montre une ostéoarthropathie hypertrophique tibio-tarsienne droite, avec volumineuses hyperostoses du tibia et du péroné et développement d'ostéomes musculaires dans les péroniers latéraux. Il y a une inégalité pupillaire très nette (myosis à droite), pas de réaction à l'accommodation ; aucun signe de tabès. La réaction de Wassermann est positive dans le sang.

Le 3 novembre 1910, amputation de cuisse au tiers moyen. Guérison rapide qui ne s'est pas démentie depuis.

Le tabès continue à évoluer.

F) Barré (*Revue Neurologique*, 1910) a publié un cas où l'affection a devancé de quinze ans les premiers signes du tabès.

OBSERVATION (RÉSUMÉE)

Homme de soixante-cinq ans, syphilitique depuis l'âge de quinze ans, s'étant fort peu soigné, présente une arthropathie tabétiforme classique du genou gauche ayant débuté d'une façon également classique quinze ans auparavant, à la suite d'une chute légère qu'il fit en conduisant des chevaux. La ponction du genou montra alors un liquide noirâtre. Depuis ce temps le genou est resté toujours gros, mais la marche n'était pas troublée. Il y a six ans apparition de craquements et exagération de la déformation, mais le malade a continué à marcher malgré de « vieilles douleurs ».

L'examen du système nerveux ne révèle aucun stigmate tabétique. Il n'y a qu'une légère inégalité pupillaire avec légère diminution du réflexe rotulien du côté malade. « Les vieilles douleurs » auraient pris depuis quelque temps le type lancinant. Lymphocytose douteuse, réaction de Wassermann positive dans le sang. Enfin depuis trois mois le malade présente une incontinence d'urine qui semble être le premier signe du tabès.

Bien que ces cas paraissent exceptionnels, ils établissent l'existence d'un type clinique d'arthropathies prétabétiques, dans lequel il n'y a aucun autre symptôme prémonitoire du tabès.

III. — Il y a enfin un troisième groupe de cas dans lesquels se rencontrent des arthropathies tabétiformes ou des fractures spontanées, chez des malades syphylitiques, ne présentant aucun symptôme nerveux. Ce sont ceux que Barré a réunis dans sa thèse à l'instigation de Babinski :

1^o OBSERVATION DE BARRÉ ET FLANDIN (RÉSUMÉE) (1)

Arthropathie tabétiforme de l'épaule et du poignet sans tabès.

L..., trente-huit ans, chauffeur d'usine.

1^o Il y a dix ans, chute sur le poignet : fracture du radius vite consolidée.

Il y a deux ans, brusque gonflement indolore spontané de ce poignet, précédé seulement de quelques craquements.

Actuellement arthropathie tabétiforme classique de forme hypertrophique.

2^o Il y a trois mois, légère gêne de l'épaule pendant le travail, aussitôt suivie d'un gonflement gagnant tout le bras avec ecchymose et indolence absolue ; puis diminution progressive du gonflement, sans disparition complète.

Actuellement : arthropathie tabétiforme typique avec résorption de la tête humérale. Aucun signe de tabès : Réaction de Wassermann positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, sans lymphocytose.

Lors du début des accidents articulaires de l'épaule, le malade voulant se guérir « en se faisant suer », a placé son bras entouré d'une serviette au-dessus d'une cuve de chaux-vive. Il en est résulté

(1) *Revue Neurologique*, 1910, page 531.

une brûlure étendue de la face interne du membre qui s'est développée sans douleur. L'examen n'a pas révélé de dissociation nette de la sensibilité.

2^o OBSERVATION DE BARRÉ (RÉSUMÉE) (1)

Arthropaties tibio-tarsienne gauche et carpo métacarpienne de la main droite. Absence du tabès.

O... Jean-Georges, soixante-neuf ans, ébéniste.

1^o Début il y a six mois : chute légère dans les escaliers, petite douleur et augmentation de volume du pied gauche. On lui met un plâtre séance tenante.

Trois mois après, il n'y a aucune consolidation : deuxième appareil plâtré.

Deux mois après, l'articulation est déformée, plus mobile que normalement, le malade entre à Bicêtre.

A son entrée, la déformation du pied gauche est énorme, la cheville est très fortement augmentée de volume et il est possible de donner au pied dans tous les sens, les attitudes les plus variées et les plus anormales sans provoquer de douleurs.

2^o Le malade présente depuis six mois environ, sans cause apparente et sans avoir éprouvé aucune douleur, un gonflement localisé à la base du pouce de la main droite de la grosseur d'un œuf de pigeon. Le squelette de la région ne peut être observé minutieusement par le palper à cause du gonflement voisin, mais il est facile de percevoir, au moment des mouvements actifs ou passifs du pouce et du métacarpe sur l'avant-bras, des frottements très rugueux.

Il n'y a aucun signe de tabès ; la réaction de Wassermann est positive dans le sang. Pas de lymphocytose céphalo-rachidienne.

(1) In thèse de Barré.

3^e OBSERVATION DE BARRÉ (RÉSUMÉE) (1)*Maux perforants et Arthropathie du pied chez un Syphilitique non tabétique.*

B... Gustave, quarante-six ans, marinier.

Entré à la Charité pour un gonflement énorme du pied droit et pour un mal perforant qui vient de se développer sur le lambeau d'amputation du gros orteil gauche.

1^o Maux perforants gauches. Début il y a deux ans et demi par un durillon sous la tête du premier métatarsien ; puis formation d'une ulcération indolente qui creuse de plus en plus. Le malade s'alite et l'ulcération se ferme au bout de trois semaines, quinze jours plus tard elle reparait et se développe beaucoup plus rapidement : Amputation de l'orteil, mais récidence du mal perforant, un mois après, sur le moignon.

2^o Arthropathie du cou-de-pied. En septembre 1910, le pied est pris légèrement entre le mur d'une écluse et le flanc d'un bateau : Le malade ressent une douleur légère, mais continue à marcher sans trop de difficultés et au repos il ne souffre nullement. Au bout de 48 heures, brusquement, le pied devient rapidement énorme, le malade continue à ne pas souffrir au repos, le pied est un peu rouge et chaud ; trois semaines plus tard, il y a une grande amélioration et le malade travaille de nouveau pendant cinq mois.

En janvier 1911, il fait un léger faux-pas, il ne ressent aucune douleur, mais voit son pied droit, resté un peu gros, devenir à nouveau énorme. Puis il éprouve quelques élancements douloureux sur le dessus du pied.

A l'examen : pied tabétique typique.

Aucun signe de tabès. Réaction de Wassermann positive dans le sang. Pas de lymphocytose céphalo-rachidienne.

Ces trois observations représentent indiscutablement un type d'arthropathies tabétiformes sans tabès. Quant aux six autres qui leur sont jointes dans la thèse de Barré, la dislo-

(1) In thèse de Barré.

cation y est plus ou moins manifeste, il y a eu des douleurs parfois très vives au début (comme dans les arthropathies tabétiques aiguës inflammatoires), mais par l'indolence qui accompagne, au moment de l'examen, des altérations à la fois péri et intra-articulaires, elles réalisent aussi le syndrome classique de Charcot. C'est sur l'existence de ces cas que Barré s'est appuyé pour soutenir l'opinion de Babinski, suivant laquelle le tabès n'est pas la cause déterminante des arthropathies chez les tabétiques. Cet auteur pense que la maladie spinale n'intervient là que secondairement, en modifiant des lésions qu'elle n'a pas créées, par l'hypotonie musculo-ligamenteuse qui engendre la dislocation articulaire et par les troubles de sensibilité profonde qui aggravent les destructions osseuses ; en raison des altérations artérielles de cachet syphilitique qu'il a fréquemment rencontrées au niveau des vaisseaux nourriciers de l'os, il pense que ces troubles trophiques articulaires ne sont pas de cause nerveuse, mais de cause circulatoire, et qu'ils relèvent de l'artérite syphilitique. Cette théorie se heurte à deux objections capitales : 1^o L'arthropathie tabétiforme se rencontre aussi dans une autre maladie médullaire, la syringomyélie, qui ne paraît pas être d'origine syphilitique. 2^o Les cas d'arthropathies sans aucun signe de tabès paraissent demeurer exceptionnels. Barré en a cité neuf. Nos observations II et III en constituent deux nouveaux exemples ; mais ces cas demeurent en somme d'une extrême rareté.

Peut-on alors les envisager comme des tabès fixés, monosymptomatiques ? Cette interprétation a été appliquée à l'amaurose et aux crises gastriques. Mais on tend aujourd'hui à admettre qu'il n'y a pas de signe pathognomonique du tabès. M. Abadie conçoit les tabès dits monosymptomatiques comme des syndromes ayant pour substratum anatomique des lésions tabétiques localisées ; il pense qu'il y aurait lieu dans ces cas, de pratiquer la recherche des stigmates qu'il a choisis, non seulement d'une façon générale, mais aussi

dans la région où siège le symptôme tabétiforme en litige. On devrait en particulier rechercher : 1^o l'hyporéflexie ou l'aréflexie des tendons de la région, 2^o l'hypoalgésie ou l'anal-gésie des viscères profonds, des os, des tendons, etc., qui dépendent de l'étage radiculo-bulbo-médullaire considéré et, si cette recherche est positive, on serait en droit de parler de tabès localisés ou circonscrits. Rien de semblable n'est signalé dans les observations de Barré (1).

Mais comme l'a fait Sicart pour les maux perforants isolés, on est amené à penser que les cas de Barré sont du même ordre que les arthropathies prétabétiques groupées plus haut et qui ont devancé la réalisation de tout autre stigmaté de plusieurs mois, plusieurs années et jusqu'à quinze ans, aussi le clinicien ne peut-il, en leur présence, que réserver son diagnostic et, admettant la possibilité de l'évolution ultérieure d'un tabès vrai, en rechercher périodiquement les stigmates.

(1) Nous ferons remarquer que dans les observations que nous présentons plus loin toutes les sensibilités profondes ont été minutieusement explorées et tout spécialement dans le membre correspondant à l'arthropathie.

CHAPITRE III

Observations.

Aux différents cas que nous venons de grouper, nous joignons trois observations nouvelles que nous avons recueillies au cours de l'année 1919-20, dans le service de M. le Professeur Verger.

OBSERVATION I

Louise B..., vingt-cinq ans, blanchisseuse.

Entre au service de M. le Professeur Verger, le 22 mars 1920, pour une affection du genou gauche.

Le début a eu lieu il y a trois ans. A cette époque, la malade qui était en excellente santé reçut un coup de pied à la face antérieure du genou gauche. A la suite de ce traumatisme, l'articulation n'augmenta pas de volume, le membre resta seulement un peu raide pendant quelques jours avec une sensation de gêne légère, sans que la marche fut interrompue.

Mais un mois plus tard cette gêne augmenta et la malade constata que son genou devenait plus gros. En outre, elle éprouvait parfois la nuit des douleurs locales assez vives quand elle s'était fatiguée pendant le jour, mais à aucun moment elle ne dut cesser de marcher. Elle se confia aux soins d'un masseur et à la suite du traitement qu'elle subit, le membre devint plus souple, dit-elle, sans que le volume du genou diminuât le moins du monde.

Inquiète de cette déformation, elle entra à l'hôpital Saint-André en mars 1920 et fut admise au service de M. le Professeur Chavannaz. En présence de l'indolence de l'affection, la recherche des stigmates tabétiques fut pratiquée et révéla une abolition complète des réflexes tendineux rotuliens et achilléens. La malade fut alors transférée au service de M. le Professeur Verger.

Il n'y a rien de notable dans ses antécédents héréditaires. Dans ses antécédents personnels, on relève une rougeole à douze ans et une grippe à vingt-deux. La malade a toujours été bien portante en dehors de ces deux maladies.

Etat actuel : La malade se présente dans un bon état général, avec un notable embonpoint et un facies coloré.

Examen du genou gauche : Le membre inférieur gauche repose en extension sur le plan du lit, sans déviation de son axe. Le genou apparaît augmenté de volume ; on ne reconnaît plus les reliefs normaux de la région, les méplats sont comblés et il y a une légère saillie du cul-de-sac sous quadricipital. La coloration de la peau est normale. Les masses musculaires ne paraissent pas sensiblement atrophiées. La mensuration de la circonférence du membre, sur la ligne qui joint l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la rotule et à 0 m. 25 de celle-ci, donne :

A gauche..... 54 centimètres

A droite..... 57 centimètres

La palpation ne décèle aucun point douloureux au niveau des extrémités osseuses ; les condyles fémoraux et les plateaux tibiaux ne paraissent pas augmentés de volume et leur surface est régulière. Le choc rotulien est net ; la synoviale ne paraît pas épaissie.

Le quadriceps a une consistance normale ; il n'y a pas d'adénopathie inguinale.

La recherche des mouvements passifs montre que la flexion ne provoque aucune douleur tant qu'on ne dépasse pas l'angle droit, mais à partir de ce moment, elle devient un peu pénible. Cette recherche s'accompagne de quelques légers craquements. Il n'y a pas de mouvements anormaux de latéralité.

Pendant la marche on ne constate aucune claudication, la flexion du genou s'effectue normalement ; la malade n'éprouve aucune gêne pour monter les escaliers.

L'examen des autres articulations ne montre aucune déformation, aucune douleur, aucun craquement.

On ne découvre aucun trouble du côté des appareils digestif, respiratoire, ou circulatoire, ni du côté de l'appareil génito-urinaire ; en particulier il n'y a pas de troubles de la miction.

Il n'y a pas d'adénopathies. La peau et les muqueuses sont normales.

Examen du système nerveux :

La malade accuse des céphalées nocturnes persistantes. Elle n'a jamais présenté de douleurs du type fulgurant dans les membres inférieurs et jamais de crises douloureuses viscérales.

Toutes les sensibilités sont normales. En particulier on ne note pas de diminution de sensibilité des viscères profonds, ni à la pression des tendons d'Achille ou à la percussion des tibias.

Il n'y a aucun trouble de la démarche, le signe de Romberg est négatif.

Les réflexes tendineux rotuliens et achilléens sont nuls. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion. Les réflexes tendineux radiaux et olécraniens sont faibles.

Les pupilles réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation. Il n'y a pas de strabisme ; il n'ya jamais eu de diplopie.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre 5 à 10 lymphocytes par champ après centrifugation. La réaction de Wassermann est positive dans le sang.

En résumé cette malade présente : 1° une arthropathie presque complètement indolore du genou gauche, sans dislocation, ni déformation osseuse, datant de trois ans et consécutive à un traumatisme ; 2° une abolition complète des réflexes achilléens et rotuliens ; 3° une réaction de Wassermann positive dans le sang ; 4° une légère lymphocytose céphalo-rachidienne ; 5° des céphalées nocturnes.

Diagnostic. — Le caractère d'indolence de l'affection limite le champ des hypothèses.

L'arthrite hémophilique est indolente, mais s'observe surtout chez de jeunes sujets du sexe masculin, coexiste avec d'autres épanchements sanguins et s'accompagne d'antécédents héréditaires et personnels qui manquent ici.

L'arthrite tuberculeuse, au début peut, pendant plusieurs années, demeurer latente avec hydarthrose rebelle, léger enraidissement articulaire, légère atrophie musculaire. En l'absence d'inoculation au cobaye ce diagnostic ne peut être absolument écarté; mais la malade ne présente pas de signes de bacillose extra-articulaire ni d'antécédents suspects.

L'hydarthrose traumatique entretenue par un corps étranger articulaire peut aussi présenter un intervalle libre entre l'accident et le début des troubles, comme chez notre malade, mais il n'y a pas eu chez elle d'arrêt instantané de l'articulation avec brusque douleur, en outre l'examen objectif n'a pas décelé de corps étranger.

Deux hypothèses restent à envisager, celle d'une syphilis articulaire tardive ou d'une arthropathie tabétique. Cette distinction paraît devoir être encore maintenue puisque les gommes et le tréponème n'ont pas été trouvés dans les articulations des tabétiques.

Syphilis articulaire tardive :

Il ne peut s'agir ici ni de la pérисynovite gommeuse qui s'accompagne de plaques et de noyaux dans la synoviale, ni de la pseudo-tumeur blanche syphilitique qui se caractérise par des douleurs vives et de l'hyperostose, mais de la forme hydarthrosique déjà bien connue aux genoux dans la syphilis héréditaire sous la forme bilatérale. Broca (Aspects cliniques de la syphilis articulaire, *Presse Médicale*, 1921) a récemment montré que certaines hydarthroses ou arthrites sèches des genoux, au premier abord banales, traumatiques ou rhumatismales, doivent être complétées par la réaction de Wassermann, et il a établi la possibilité d'appel de la syphilis sur les articulations par un traumatisme. L'épreuve du traitement spécifique peut seule trancher la question. Or notre malade a quitté l'hôpital après une série de dix injections intra-veineuses de 0,01 centigramme de cyanure de mercure sans aucune amélioration du côté de son genou.

Arthropathie tabétique :

La malade présente une abolition des réflexes achilléens et rotuliens avec lymphocytose céphalo-rachidienne.

Ces signes sont ceux d'un tabès fruste qui a été révélé par une arthropathie indolore mais sans déformation osseuse.

Cette observation est analogue à celle de Tixier que nous avons rapportée page 30 (hydarthrose du genou consécutive à un choc. Apparition ultérieure de signes de tabès, en outre transformation de l'hydarthrose en arthropathie tabétiforme). L'affection articulaire de notre malade paraît donc correspondre à une forme dite bénigne, de début, des arthropathies tabétiques qui fait prévoir l'apparition de déformations osseuses.

OBSERVATION II (1)

Eléonore, quarante-et-un ans, ménagère.

Entre à l'hôpital (service de M. le Pr Verger), le 13 juillet 1920, pour une éruption cutanée et pour fatigue générale. Cette éruption a débuté il y a trois mois à la jambe gauche et a gagné peu à peu les autres parties du corps.

A son entrée la malade est dans un état général médiocre, avec un facies un peu jaune et amaigri et une langue légèrement saburrale ; elle accuse une céphalée légère ; la température est à 37°, le pouls bien frappé à 80°.

1° L'examen des téguments montre une éruption du type secondaire avec :

a) Des papules pisiformes, indurées, jambonnées, avec collerette périphérique furfuracée blanchâtre.

b) Des placards arrondis, limités, psoriasiformes.

c) Des cicatrices à centre blanc ou coloré à bords pigmentés.

Au niveau des muqueuses, on décèle des érosions blanchâtres à

(1) Communiquée à la Société Anatomico-Clinique de Bordeaux (1920), par MM. Verger et Lartigaut.

leur périphérie, sur les grandes lèvres, la fourchette vulvaire, le voile du palais et les amygdales.

L'exploration du système ganglionnaire fait reconnaître une adénopathie généralisée et spécialement dans les régions inguinales, de gros ganglions isolés les uns des autres, durs et indolents.

Le traitement spécifique est institué aussitôt et à la suite de deux injections intra-veineuses de Néolsalvaisau à 0,15, et 0,30 centigrammes, les éléments éruptifs disparaissent presque entièrement ; les éléments cicatriciels subsistent seuls.

2° L'examen révèle en outre une déformation nette de la première articulation carpo-métacarpienne gauche sur laquelle le malade n'avait pas attiré l'attention.

Le bord externe de cette articulation fait sur le bord radial une saillie anormale et la base du premier métacarpien paraît subluxée en dehors. Il n'y a aucune douleur spontanée ni provoquée. La recherche des mouvements passifs montre que leur amplitude est exagérée ; la laxité ligamenteuse est évidente, c'est une véritable dislocation.

En outre, cette recherche absolument indolore, s'accompagne de craquements fins et nombreux, d'une sorte de bruissement grenu.

L'articulation symétrique est aussi déformée ; la base du premier métacarpien paraît augmentée de volume dans son diamètre antéro-postérieur, mais elle n'est pas subluxée ; la dislocation est moins évidente qu'à gauche, mais on découvre aussi des craquements et l'indolence est complète.

Ces déformations se sont installées progressivement et sans aucune douleur, la malade ne peut indiquer la date de leur début.

A la radiographie, on note, de chaque côté, l'absence de lésions des métacarpiens, mais à gauche le trapèze n'est plus visible et le trapézoïde a presque entièrement disparu.

L'inspection et la palpation montrent une atrophie manifeste des éminences thénars surtout marquée à gauche.

L'examen du squelette ne dénote pas d'autres troubles articulaires. La malade présente une cypho-scoliose du troisième degré dont le début remonte à son enfance.

Antécédents héréditaires : Rien de notable.

Antécédents personnels : Entre vingt six et trente-sept ans, elle a fait sept avortements ou accouchements prématurés. Tous ses enfants sont morts avant l'âge de trois mois.

L'examen des divers appareils ne dénote rien d'anormal. On ne relève en particulier aucun trouble de la miction.

Examen du système nerveux :

Il n'y a aucun trouble moteur ou sensitif. La démarche est normale, le signe de Romberg négatif. Les sensibilités au tact, à la piqure et à la température sont partout conservées ainsi que toutes les sensibilités viscérales profondes, la sensibilité à la percussion des tibia's, au pincement du tendon d'Achille, à la distorsion des articulations (autres que les carpo-métacarpiennes du pouce). En particulier, aux membres supérieurs, la percussion du radius n'a révélé aucune hypoalgésie.

Tous les réflexes tendineux sont normaux.

Les pupilles, égales et régulières, réagissent un peu paresseusement à la lumière et à l'accommodation. Il y a un léger nystagmus à oscillations lentes, quand le malade regarde en dehors ; et un strabisme divergent de l'œil droit qui serait apparu il y a un an.

Examen du liquide céphalo rachidien :

Réaction de Wassermann négative.

Pas de réaction leucocytaire.

Pas d'hyperalbuminose.

La réaction de Wassermann est franchement positive dans le sang.

En résumé, il s'agit d'une déformation bilatérale de la première articulation carpo-métacarpienne, dont nous ignorons la date de début, qui s'est installée progressivement sans symptômes fonctionnels et qui réalise aujourd'hui le type classique de l'arthropathie tabéiforme.

Cette déformation ne s'accompagne d'aucun symptôme tabétique, mais d'une atrophie musculaire des éminences thénars et d'une éruption du type secondaire avec réaction de Wassermann positive dans le sang.

Diagnostic. — Pierre Marie et Léri (1) ont décrit une variété spéciale de déformations rhumatismales des mains, chez des sujets âgés de plus de cinquante-cinq ans, qui présente de grandes ressemblances avec ce cas. Ces défor-

(1) in *Manuel des Maladies de la Nutrition*, Debove, Achard, Castaigne, p. 125.

mations siègent au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et donnent au pouce une forme en croissant à concavité dorsale : elles sont indolentes. Mais par la dislocation articulaire et l'existence de destructions osseuses, notre observation se rapproche plutôt du type tabétiforme.

Sommes-nous en droit d'envisager l'hypothèse d'un tabès à début ostéo-articulaire ? — Nous nous bornerons à faire remarquer que le tabès implique l'idée d'une syphilis ancienne. Bien que cette femme ait présenté des avortements en série, l'existence d'une éruption du type secondaire n'est pas favorable à cette hypothèse.

Mais l'arthropathie tabétiforme s'observe aussi dans la syringomyélie et peut y être précoce. Il n'y a pas ici de dissociation de la sensibilité, mais il y a une atrophie des éminences thénars qui permet de soupçonner l'existence d'un gliôme évoluant actuellement dans les cornes antérieures de la moelle.

Chez de pareils malades, l'évolution seule peut permettre de faire le diagnostic.

Quoi qu'il en soit cette observation constitue un exemple d'arthropathie tabétiforme sans tabès.

OBSERVATION III

Louise D. . . , ménagère, quarante-quatre ans.

Entre à l'hôpital Saint-André, salle 2^{bis}, le 2 janvier 1920, pour une impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche.

Le début de l'affection remonte au mois de décembre 1918. A cette époque, la malade qui avait été surprise par un orage et avait eu ses vêtements mouillés, s'approcha d'une cheminée pour les sécher et le feu prit à ses jupes. Des brûlures étendues en résultèrent qui l'obligèrent à entrer à l'hôpital de Blaye où elle resta deux mois et demi. Ces brûlures siégeaient aux deux fesses et à la partie supérieure des cuisses ; les cicatrices en sont encore visibles.

Au cours de ce séjour à l'hôpital, elle ressentit une douleur s'égeant à la face postérieure de la cuisse gauche et s'irradiant

jusqu'au genou. Cette douleur, peu violente et continue, dura quelques jours. Lorsque la malade quitta l'hôpital, elle boitait un peu et ne pouvait que difficilement fléchir la cuisse sur le bassin. Malgré cela elle continua à marcher et à travailler. Cet état demeura stationnaire jusqu'en septembre 1919. A cette époque elle travaillait aux vendanges et était employée à porter de lourds fardeaux, quand elle éprouva un jour, brusquement, une douleur assez vive dans la hanche gauche où elle eut l'impression que quelque chose s'était « démanché » ; en même temps elle remarquait un gonflement à la partie interne du pli de l'aîne. A la suite de cet accident, la boiterie s'accrut et la marche devint plus douloureuse, sans que la malade fût obligée de cesser de travailler.

Un mois plus tard, elle éprouva à nouveau, en marchant, une douleur subite et vive dans la même hanche et perçut en même temps un craquement à ce niveau. La malade étant dans l'impossibilité de marcher dût être transportée chez elle. Le médecin appelé, se trouvant en présence d'une articulation augmentée de volume avec un membre en abduction et rotation externe essaya de réduire la luxation, puis envoya la malade à l'hôpital Saint-André. C'est dans ces conditions qu'elle fût admise salle 2^{bis}, le 2 janvier 1920. On y reconnut l'existence d'une luxation de la hanche en avant « luxation paradoxale » ne s'accompagnant que de très faibles douleurs et permettant à la malade de marcher assez bien. L'examen ayant révélé l'existence d'une masse ganglionnaire au niveau du bord antérieur de l'os iliaque, une biopsie fut pratiquée le 22 janvier sous anesthésie locale.

Mais le soir de l'intervention, la malade présenta des douleurs gastriques extrêmement violentes accompagnées de vomissements bilieux, incoercibles, sans modification du pouls ni de la température, avec un ventre souple, non douloureux, et une langue normale. Ces douleurs étaient continues avec des paroxysmes. La morphine, la glace, le lavage d'estomac furent employés sans résultat. Cet état dura pendant quatre jours, après lesquels les crises allèrent en s'espaçant et disparurent bientôt complètement. On pensa à des crises gastralgiques, peut-être tabétiques, réveillées par l'intervention et la malade fut transférée salle 4, au service de M. le Pr Verger, le 2 février 1921.

A son entrée la malade est dans un bon état général.

Examen de la hanche gauche : La malade étant dans le décubitus

dorsal, on constate que le membre inférieur gauche repose sur le plan du lit, en flexion légère sur le bassin et rotation externe. La racine de la cuisse est déformée et tuméfiée et on note une saillie appréciable au niveau de l'angle supéro-interne du triangle de Scarpa.

Les téguments ont un aspect normal.

La palpation de la saillie observée fait sentir une masse dans laquelle on croit reconnaître le grand trochanter. Cette recherche n'éveille aucune douleur. Le grand trochanter paraît situé à deux travers de doigt au-dessous et en avant de la ligne de Roser-Nelaton.

La mensuration de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la rotule montre que la cuisse présente un raccourcissement de deux centimètres.

Les mouvements actifs s'exécutent à peu près tous, sauf la rotation interne qui est impossible; la flexion est cependant limitée à l'angle droit.

Les mouvements passifs s'effectuent sans difficulté ni douleur, leur amplitude est à peu près normale.

Il n'y a pas d'hypotonie des fessiers : Des deux côtés on a également l'impression que le muscle palpite sous les doigts qui le pincent.

La malade étant examinée debout, on constate un abaissement de l'épine iliaque antéro-supérieure droite ainsi que du pli fessier du même côté.

La marche s'effectue sans difficulté, mais s'accompagne d'un plongeon caractéristique du côté gauche, comme dans la luxation congénitale de la hanche.

L'examen radiographique montre que la tête fémorale est luxée en avant, un peu au-dessous du tron obturateur; le sourcil cotyloïdien est en grande partie détruit; le col fémoral présente des échancrures le long de son bord inférieur; la tête fémorale est partiellement détruite et la destruction intéresse surtout sa partie inférieure.

On n'observe rien d'anormal du côté des appareils cardio-vasculaire, respiratoire et génito urinaire. En particulier il n'y a aucun trouble de la miction.

Appareil digestif. — La malade est une éthylique; elle ne présente pas de tremblement des doigts, mais elle a souvent des

crampes d'estomac et des pituites d'eau salée le matin. Le foie est plutôt petit. La rate est perceptible.

Depuis son premier accouchement, la malade présente plusieurs fois par an des crises gastralgiques. Ces crises semblent survenir à la suite d'excès de table ou de travaux pénibles et sont du même type que celles qu'elle a présentées lors de son transat dans un service de médecine.

Examen du système nerveux. — Tous les réflexes tendineux existent. Tous ont une amplitude normale, sauf les réflexes achilléens gauche et droit qui sont un peu faibles, mais existent nettement.

La sensibilité est conservée sous tous ses modes, en particulier à la percussion du tibia et au pincement du tendon d'Achille des deux côtés. Le signe de Romberg est négatif. La sensibilité à la distorsion articulaire semble cependant légèrement diminuée aux membres inférieurs, mais des deux côtés. Les sensibilités viscérales profondes sont aussi intactes, en particulier au niveau du creux épigastrique.

Il n'y a pas de troubles trophiques cutanés, pas d'atrophie musculaire; toutes les articulations autres que la coxo fémorale gauche sont normales.

Les pupilles sont régulières; elles sont légèrement inégales (la gauche est un peu plus grande que la droite). Les réflexes lumineux et accommodatif sont normaux.

Dans le liquide céphalo rachidien, l'examen cytologique montre un lymphocyte tous les cinq champs; il n'y a pas d'hyperalbuminose et la réaction de Wassermann est négative.

La réaction de Wassermann est également négative dans le sang.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort à soixante-dix ans, éthylique; la mère à cinquante-deux ans de maladie indéterminée.

Antécédents personnels. — En dehors d'une rougeole à huit ans et des crises gastralgiques signalées plus haut, la malade s'est toujours bien portée. Elle a eu sept grossesses: la première s'est terminée par un accouchement prématuré à sept mois, la deuxième par un avortement à trois mois et demi; pour les cinq autres, cette femme a accouché à terme d'enfants actuellement vivants et bien portants.

L'examen du ganglion prélevé par biopsie a seulement montré

l'existence de tissu graisseux avec inflammation subaiguë banale.

En l'absence d'une réaction de Wassermann positive, l'histoire obstétricale de cette femme permet seulement de soupçonner l'existence d'une syphilis ancienne.

En résumé, il s'agit d'une luxation pathologique indolore, avec destruction partielle des surfaces articulaires, chez une femme ne présentant aucun stigmate de tabès, mais ayant été atteinte de crises gastralgiques.

Diagnostic. — L'indolence de l'affection, l'absence de toute atrophie musculaire et de toute limitation des mouvements ne permettent pas d'envisager l'hypothèse d'une luxation spontanée, due à une coxalgie ou à une arthrite infectieuse aiguë (La malade n'a d'ailleurs présenté aucune maladie infectieuse récente). Un seul diagnostic semble donc possible, celui d'arthropathie nerveuse, tabétique ou syringomyélique.

Les crises gastralgiques présentées par cette malade représentent-elles un symptôme de tabès ? Leur début brusque, leur acuité, leur disparition relativement rapide doivent y faire penser. On sait d'autre part que ces crises peuvent être seules au début de la maladie (Debove). Mais Babinski a établi qu'on ne pouvait porter le diagnostic de tabès chez tout malade atteint de crises gastriques. Cette femme présente en outre les signes d'une gastrique alcoolique ; Rafinesque déclare à ce sujet, que dans tous les cas où l'examen aura montré l'existence d'une affection viscérale, le diagnostic trouvera un appui indispensable dans l'examen du système nerveux. Cet examen est ici négatif.

Pour ces crises, comme pour l'arthropathie tabétiforme qui nous occupe, se pose le problème des tabès dits monosymptomatiques que M. Abadie conçoit comme pouvant être rattachés à des lésions tabétiques localisées. Or, la recherche des stigmates dans la région du symptôme tabétiforme, tant dans le membre inférieur gauche qu'au

niveau du creux épigastrique, a été négative. Le réflexe achilléen, dont l'abolition est souvent précoce (Babinski), semble seul un peu diminué, mais il n'est pas plus faible qu'à droite. Les troubles de sensibilité profonde (sans lesquels on ne saurait parler de tabès selon Grasset) manquent complètement : il n'y a pas plus d'hypoalgésie au pincement du tendon d'Achille (signe d'Abadie) qu'à la percussion du creux épigastrique (signe de Pitres) ; la sensibilité à la distorsion articulaire dans les membres inférieurs semble légèrement diminuée, mais cette nuance est enregistrée des deux côtés.

On ne trouve pas non plus de signes qui puissent faire penser à l'existence d'une syringomyélie : Il n'y a pas de dissociation de la sensibilité, pas d'atrophie musculaire, pas de scoliose.

Pour ce cas, comme pour celui de notre observation II et comme pour ceux de Barré, nous nous bornerons donc à constater l'existence d'une arthropathie tabétiforme isolée et, nous rappelant que ce syndrome peut constituer pendant de longues années le seul signe prémonitoire d'un tabès, nous réserverons le diagnostic et attendrons l'évolution de la maladie.

CONCLUSIONS

L'état actuel de la question des rapports entre les arthropathies et le tabès, remise à l'étude par Babinski, est le suivant :

I. — Il y a des cas nombreux dans lesquels l'arthropathie tabétiforme révèle un tabès fruste ou s'associe à des stigmates tabétiques isolés.

II. — Il y a des cas exceptionnels dans lesquels l'arthropathie tabétiforme a précédé de plusieurs mois, plusieurs années et jusqu'à quinze ans, les premiers signes du tabès.

III. — Il y a des cas exceptionnels dans lesquels l'arthropathie tabétiforme est entièrement isolée de tout symptôme tabétique. L'évolution de ces cas n'a pas été suivie au-delà de trois ans.

Vu :
Le Doyen,
Dr C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
Henri VERGER.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 30 décembre 1921.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE (Jean). — Ostéoarthropathies vertébrales. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1900, page 146. — Constitution d'un schéma sémiologique du tabès. Les stigmates du tabès. *Revue Neurologique du tabès*, 1911, page 787.
- ACHARD et FOIX. — Tabès fruste avec arthropathie. *Revue Neurologique*, 1909, page 643. — Symptômes tabétiques avec arthropathie sans leucocytose céphalo-rachidienne. *Revue Neurologique*, 1909, page 787.
- BOURNEVILLE. — Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière par J.-M. Charcot. Des troubles trophiques consécutifs aux maladies de la moelle épinière. Paris, Delahaye, 1872.
- BARRÉ. — Contribution à l'étude des arthropathies chez les ataxiques. *Thèse de Paris*, 1885.
- BARRÉ (A.). — Arthropathies à type tabétique du genou datant de quinze ans. Tabès incipiens récent. *Revue Neurologique*, 1910, page 529. — Les ostéoarthropathies du tabès. Etude critique. *Thèse de Paris*, 1912.
- BATIEVSKY VERA. — Considérations générales sur les tabès trophiques. *Thèse de Montpellier*, 1910.
- BROCA. — Aspects cliniques de la syphilis articulaire. Origine traumatique possible. *Presse Médicale*, 1921, p. 873.
- CANTONNET. — Examen et sémiologie de la pupille. *Journal des Praticiens*, 9 juillet, 6 août, 10 septembre et 15 octobre 1921.
- CAUVY. — Contribution à l'étude des arthropathies tabétiques. Valeur diagnostique de la radiographie. *Thèse de Montpellier*, 1899.
- CRISPIN (J.). — Arthropathies nerveuses. *Gazette des Hôpitaux*, 3 septembre 1912, n° 88, page 1259.
- CRÉE. — Etude de l'arthropathie tabétique et de l'influence des nerfs trophiques sur la nutrition. *Thèse de Paris*, 1899.

- DIÉLALIAN. — Contribution à l'étude de l'arthropathie tabétique. *Thèse de Paris*, 1896-97.
- DÉJERINE et THOMAS. — Tabès in Maladies de la moelle épinière, page 537 (*Traité de Médecine Gilbert et Thoinot*, 1909).
- ETIENNE et PERRIN. — Arthropathie chez un paralytique général non tabétique. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1906, page 276. — Traitement spécifique et arthropathies tabétiques. *Presse Médicale*, n° 81, 11 octobre 1911.
- FLANDIN et BARRÉ. — Fracture spontanée de la tête humérale avec dislocation de l'épaule. Arthropathie à type tabétique du poignet sans tabès. *Revue Neurologique*, 1910, page 531.
- FORT. — Contribution à l'étude des arthropathies tabétiques. Sur trois cas d'arthrite tabétique aiguë. *Thèse de Paris*. 1891-92.
- GANGOLPHE, DESTOT, STÉFANI. — Forme ostéoarticulaire du tabès. *Lyon Médical*, 1907, page 1008.
- GIBERT. — Les arthropathies tabétiques et la radiographie. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1900, page 145.
- GRASSET (J.). — Traité élémentaire de physio-pathologie clinique. Paris, Masson, 1910. — Le tabès, maladie de la sensibilité profonde. Leçons cliniques recueillies et publiées par le D^r Rimbaud. Montpellier, Coulet, 1909.
- GUILLAIN et HAMEL. — Ostéoarthropathies syphilitiques chez un malade présentant le signe d'Argyll Robertson. *Revue Neurologique*, 1905, page 774.
- HITOFF. — Ostéoarthropathies d'origine syringomyélique. *Thèse de Lyon*, 1901.
- JOANNY. — Contribution à l'étude des arthropathies chez les ataxiques. *Thèse de Paris*, 1886.
- LEMAIRE. — Du syndrome articulaire de Charcot dans certaines affections de la moelle. *Thèse de Nancy*, 1900-1901.
- LEMIERRE, KINDBERG (Léon) et DESCHAMPS. — Les arthropathies tabétiques aiguës inflammatoires. *Gazette des Hôpitaux*, 19 et 21 juillet 1921, n° 57, page 901.
- LEBHAR. — Contribution à l'étude clinique des arthropathies tabétiques. *Thèse de Toulouse*, 1900.
- LECÈNE, PROUST, TIXIER. — Maladies des articulations : arthropathie tabétique. In *précis de pathologie chirurgicale* Bégouin, Bourgeois, Duval, Gosset, Jeanbran, Lecène, Lenormant, Proust et Tixier, tome I, page 793.

- MAIGNOU. — Contribution à l'étude de l'ostéoarthropathie hypertrophique. *Thèse de Paris*, 1911.
- MASSARY (de) et VALLERY-RADOT. — Arthropathie à type tabétique du genou avec Argyll et lymphocytose sans autres signes de tabès. *Revue de Neurologie*, 1911, page 723.
- MASSARY (de). — Conception actuelle du tabès. *Journal médical français*, 1912, page 315.
- MAUCLAIRE et BARRÉ. — Ostéoarthropathie tabétique chez un malade non tabétique et probablement syphilitique. *Revue Neurologique*, 1911, page 736.
- MÉNARD. — Tabès à début osseux. *Revue de Chirurgie*, 1909, page 193.
- NOGUE. — Recherches sur le tabès sans douleurs fulgurantes. *Thèse de Bordeaux*, 1907.
- POIRIER. — Contribution à l'étude des troubles trophiques dans le tabès. Sur quelques cas d'ulcérations du visage chez les tabétiques. *Thèse de Paris*, 1902.
- PAVLIDÈS. — Des arthropathies tabétiques du pied. *Th. de Paris*, 1888.
- ROUX (J.-Ch.). — Les lésions du système grand sympathique dans le tabès et leur rapport avec les troubles de la sensibilité viscérale profonde. *Thèse de Paris*, 1900.
- RAFINESQUE. — Le syndrome crises gastriques. Sa valeur clinique et étiologique. *Thèse de Paris*, 1912.
- RATHERY. — Les rhumatismes. In *Manuel des maladies de la nutrition* Debove, Achard, Castaigne, 1912, page 1.
- SZUMLANSKI. — Un cas d'arthropathie tabétique précoce à forme hypertrophique chez un vieillard. *Thèse de Paris*, 1897-98.
- THOMAS et BARRÉ. — Influence heureuse du traitement mercuriel sur l'arthropathie tabétique. *Revue Neurologique*, 1912, page 522.

